

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00975 vom 10. November 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00975](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00975)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00975 du 10 novembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00975 del 10 novembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Mai 2010 Taggelder aus

(vgl. Urk. 7/9 /

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.3**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

Zur Begründung der angefochtenen Verfügung führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen an, es sei auf das polydisziplinäre Gutachten des C.\_\_\_\_

vom 29. Januar 2015

abzustellen. Dieses enthalte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es mangle daher an einem invaliditätsrelevanten Gesundheitsschaden, so dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (Urk. 2).

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer geltend machen, es könne nicht auf das psychiatrische Teilgutachten des C.\_\_\_\_ abgestellt werden, da es offensichtlich sei, dass der psychiatrische Gutachter aufgrund der zwischenzeitlich überholten Überwindbarkeitstheorie auf weitere Abklärungen oder Ausführungen verzichtet habe. Vielmehr sei auf das von seinem Rechtsvertreter in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. August 2015 (Urk. 3/5) abzustellen, welches der aktuellen Rechtsprechung gemäss dem bundesgerichtlichen Urteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) Rechnung trage (Urk. 1). 3.

### **E. 3**

5).

Der Versicherte meldete sich am 11. Oktober 2010 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an und machte geltend, er leide an Nacken-, Kopf- und Schulterschmerzen, Konzentrationsproblemen, Schwindel, Übelkeit und verzerrter Wahrnehmung (Urk. 7/3). Die IV-Stelle zog die Akten des Unfallversicherers bei (Urk. 7/9, 7/12 und 7/13) und tätigte weitere medizinische (Urk. 7/10 und 7/14) und erwerbliche (Urk. 7/8 und 7/11) Abklärungen. Am 1

#### **E. 3.1**

Die IV-Stelle ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 27. Dezember 2012 (Urk. 7/20) materiell eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich sein

Gesundheitszustand im massgeblichen Zeitraum zwischen der Verfügung vom 9. Juni 2011, mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint worden war (Urk. 7/18), und der angefochtenen Verfügung vom 10. August 2015 insoweit verschlechtert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

### **E. 3.2**

Die Verfügung vom 9. Juni 2011 stützte sich in medizinischer Hinsicht auf die Berichte von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt in FMH für Allgemeinmedizin, vom 10. November 2010 (Urk. 7/10), 16. Februar 2011 (Urk. 7/13/5) und 24. März 2011 und von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 24. August 2010 (Urk. 7/9/9-11),

in welchen ein Status nach Beschleunigungs trauma  
der Halswirbelsäule am 28. April 2010 diagnostiziert

wurde. Das am 17. August 2010 erstellte MRI der Halswirbelsäule ergab lediglich leichte Chondrosen C4/5 und C5/6 (Urk. 7/9/13) und Dr. E.\_\_\_\_ beschrieb am 10. November 2010 einen guten Verlauf unter Physiotherapie und Cranio - Sacral -Therapie (Urk. 7/10/1; vgl. auch Urk. 7/12/4). Insbesondere wurde auf die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_

vom 16. Februar 2011 abgestellt, gemäss welcher seit dem 1. Februar 2011 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestand (vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 14. April 2011, Urk. 7/15; vgl. auch Urk. 7/13/5 und 7/14).

### **E. 3.3**

8

Das polydisziplinäre Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 29. Januar 2015 (Urk. 7/89)

betreffend die Fachbereiche Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Orthopädie und Neurologie

enthält keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden erwähnt (Urk. 7/89/24):

1.

Leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0), 2.

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)

3.

Chronische Beschwerden an cervikothorakaler Wirbelsäule und Schultern (ICD-10: M54.2, M54.6, M79.61)

-

Status nach Heckauf fahrkollision am 28. April 2010 -

radiologisch unauffälliger Befund an cervikaler und thorakaler Wirbelsäule (28.4.2010, Röntgen 28.4.2010 und MRI 17.8.2010) -

freie Beweglichkeit der cervikalen Wirbelsäule und der oberen Extremitäten sowie verminderte Auslenkung thorakal unter Gegenspannung bei Fehlhaltung im Sinne eines Hohl-Rundrückens samt Protraktion von Kopf und Schultern

4.

Nikotinabusus

5.

Struma thyreoidea I D (ICD-10: E04.0).

### **E. 3.3.1**

Zum weiteren Verlauf lässt sich den medizinischen Unterlagen entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer im Dezember 2011 neu in die Behandlung von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, begab. Dieser diagnostizierte seinem Bericht vom 31. Januar 2013 zufolge ein therapierefraktäres kranio-cervikales Beschleunigungstrauma seit dem 28. April 2010. Wegen starker Nackenschmerzen habe er den Versicherten am 5. Januar 2012 erneut zu 100 % arbeitsunfähig schreiben müssen. Seither habe der Versicherte immer wieder Teilzeit und voll gearbeitet, je nach Befinden (Urk. 7/28/1-3).

Auf dem Unfallschein attestierte

Dr. G.\_\_\_\_ ab Januar 2012 schwankende Arbeitsunfähigkeiten von 0, 30, 50 und 100 % (vgl. Urk. 7/19/1 und 7/30/14).

### **E. 3.3.5**

Nach einer ambulanten Verlaufskontrolle vom 17. Juni 2013 in der Rheumaklinik des H.\_\_\_\_ wurde im gleichentags verfassten Bericht ergänzend und präzisierend zum Arbeitsassessmentbericht vom 18. Februar 2013 festgehalten, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und seit Jahren nicht mehr ausgeübten Tätigkeit als Elektromonteur betrage 0 %. Als Servicetechniker der Y.\_\_\_\_ betrage die Arbeitsfähigkeit aufgrund der veränderten Leistungsanforderungen an der Arbeit, die es nicht mehr erlaubten, die im Bericht vom 18. Februar 2013 formulierten Belastungsanpassungen umzusetzen, ebenfalls 0 % (Urk. 7/49).

### **E. 3.3.6**

In einem Schreiben vom 10. Dezember 2013 teilte Dr. G.\_\_\_\_ der IV-Stelle mit, die Physiotherapeutin habe ihn Anfang November angerufen und ihm mitgeteilt, es sei schwierig, da der Versicherte häufig nur passive Therapie wolle aus Angst, es werde sonst schlimmer. Der Versicherte suche ihn, Dr. G.\_\_\_\_, monatlich auf. Bei der letzten Konsultation habe er geschildert, wie er das 50%ige Pensum leider nicht mehr durchstehen könne, so dass er nun die Arbeitsunfähigkeit auf 60 % erhöht habe. Die Prognose sei ungünstig (Urk. 7/67).

### **E. 3.3.7**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 19. Dezember 2013 (Urk. 7/69) einen seit dem 28. April 2010 bestehenden Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom (ICD-10: F06.8) und eine seit 2011 andauernde depressive Reaktion auf Belastung (ICD-10: F43.8). Als Elektromonteur sei der Versicherte zu 50 % arbeitsunfähig. Die Einschränkungen ergäben sich aus der Schmerzentwicklung, den Konzentrationsschwierigkeiten, der Antriebsschwäche und der schwankenden Belastbarkeit (Urk. 7/69/2).

### **E. 3.3.9**

Das im Beschwerdeverfahren neu eingereichte psychiatrische Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. August 2015

( Urk. 3/5) enthält die Diagnosen einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), differentialdiagnostisch einer autonomen Funktionsstörung (ICD-10: F45.3), und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1). Die Leistungsfähigkeit des Versicherten betrage lediglich ca. 50 % . Die Einschränkungen resultierten weit überwiegend aus der

Somatisierungsstörung . Zu einem geringeren Anteil seien sie auf die relevante depressive Somatik und die selbstunsicheren Persönlichkeitsanteile zurückzuführen. Eine Besserung wäre dann zu erwarten, wenn sich der Versicherte auf eine intensive, zu Beginn länger dauernde stationäre Rehabilitation mit klarer Zielvereinbarung einlassen könnte. Dafür wäre wahrscheinlich einige Motivationsarbeit im Rahmen der aktuellen Behandlung notwendig ( Urk. 3/5 S. 52). Die Symptomvielfalt und die Anzahl der betroffenen Beschwerdebereiche (Organbereiche, in denen Beschwerden wahrgenommen würden) seien ein drücklich und deuteten ebenfalls auf eine recht schwere Erkrankung hin ( Urk. 3/5 S. 53). Der Versicherte habe sich nach der Hospitalisation in der I.\_\_\_\_ in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begeben. Die Arbeit am Krankheitskonzept sei noch lange nicht abgeschlossen. Medikamenten stehe der Versicherte prinzipiell skeptisch gegenüber. Hier – wie bei der Inanspruchnahme der psychiatrisch- bzw. psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung – gehe es weniger um die Motivation zur Therapie als um die Einsicht in die Art der Erkrankung, an der er leide ( Urk. 3/5 S. 53). Die Abweichung zwischen der Beurteilung durch das C.\_\_\_\_

und der aktuellen gutachterlichen Beurteilung bestehe weniger in den Diagnosegruppen als in der Beurteilung von Ausprägung und Schweregrad. Hier scheine unter anderem die Ablehnung des Versicherten, an einer psychischen Störung zu leiden, eine Rolle gespielt zu haben. Zudem habe zu wenig Berücksichtigung gefunden, dass mit Hilfe des AMDP-Systems allein Somatisierungsstörungen nicht ausreichend erfasst werden könnten. Dass der psychiatrische Gutachter erklärt habe, die Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit, habe er im Gutachten nicht nachvollziehbar geprüft und begründet. Die kurze Äusserung sei am ehesten vor dem Hintergrund der bis vor kurzem geltenden Rechtsprechung zu verstehen (die Annahme der Überwindbarkeit). Sie scheine den Gutachter dazu veranlasst zu haben, die Leistungsfähigkeit nicht zu prüfen ( Urk. 3/5 S. 55).

4.

#### **E. 4**

. April 2011 erliess sie einen negativen Vorbescheid (Urk. 7/16 und 7/17 ). Mit Verfügung vom

#### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob auf das polydisziplinäre Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 29. Januar 2015 ( Urk. 7/89), insbesondere auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, abgestellt werden kann (vgl. Urk. 1 und 2).

#### **E. 4.2**

Das zur Diskussion stehende polydisziplinäre Gutachten basiert auf den fachärztlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers am 9. Dezember 2014 ( Urk. 7/89/1). Es wurde in

Kenntnis der von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten medizinischen Vorakten erstellt (Urk. 7/89/3-7). Die gestellten Fragen beantwortet es umfassend. Überdies setzt es sich detailliert mit anderslautenden Beurteilungen, namentlich derjenigen von Dr. J.\_\_\_\_ (Urk. 7/89/15), auseinandersetzt.

#### **E. 4.3**

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat insoweit richtig erkannt, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 (Urteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015) seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert hat (BGE 141 V 574 E. 3.4). Es erfolgte damit nicht eine Änderung der Voraussetzungen für den Leistungsanspruch, sondern die Schaffung neuer Standardindikatoren für dessen Beurteilung und eines strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 3.6 und E. 6, 141 V 585 E. 5.3). Unverändert ist auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge der objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der die materielle Beweislast tragenden versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 unter Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 8.1; BGE 141 V 585 E. 5.3).

Zwar hatten die Ärztinnen und Ärzte bereits vor der Praxisänderung gemäss BGE 141 V 281 ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist (BGE 140 V 193 E. 3.2, 139 V 547 E. 9.2.1). Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr in BGE 141 V 281 konkretisiert. Aus den medizinischen Unterlagen muss genauer als bisher ersichtlich sein, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und – in der Folge – Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweislastbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6, 141 V 574 E. 4.2).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie

„Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätensniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener

Lei dens druck (E. 4.4.2) .

#### **E. 4.4**

Dr. K.\_\_\_\_ hat sein psychiatrisches Teilgutachten (vgl. Urk. 7/89/10-15) vor der erwähnten Rechtsprechungsänderung, mithin gemäss altem Verfahrensstandard erstattet. Es verliert deshalb jedoch nicht per se seinen Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamten Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänder ten Anforderungen ist im konkreten Einzelfall zu prüfen, ob das Sachverständi gengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berich ten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeben den Indikatoren erlaubt oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und – d ichte kann zudem unter Umständen eine pu nktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

#### **E. 4.5**

Neu wird ein besonderes Gewicht darauf gelegt, dass d ie Sachverständigen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorga ben tatsächlich eingehalten sind. Insbesondere ist dem diagnose inhärenten Schweregrad vermehrt Rechnung zu tragen: Als „vorherrschende Beschwerde“ verlangt wird „ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz“, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Im Gegensatz zu anderen psychosomatischen, beispiele wise dissoziativen, Störungen, die nicht schon an sich einen Bezug zum Schweregrad aufweisen, setzt die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung per definitionem Beeinträchtigungen in den Alltagsfunktionen voraus. Die Folge ist gewöhnlich „eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung“ (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 mit Hinweisen) .

Die gutachterlichen Ausführungen zur Diagnose sind nicht nur im Hinblick auf eine gesicherte Feststellung des Krankheitswertes bedeutsam. Vielmehr werden die in der Klassifikation vorausgesetzten Beeinträchtigungen der Alltagsfunk tionen bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wieder aufgegriffen. Die gestellte Diagnose ist „Referenz für allfällige Funktionseinschränkungen“. In den „konsistenten Nachweis einer gestörten Aktivität und Partizipation“ einzu beziehen sind nur funktionale Ausfälle, die sich aus denjenigen Befunden erge ben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgeb end gewesen sind. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen, welche begrifflich zu einer lege artis gestellten Diagnose gehört, wird mit den Anfor derungen des Arbeitslebens abgeglichen und anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umge setzt. Auf diesem Weg können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine so rgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (BGE 141 V 281 E. 2.1.2 mit Hinweisen).

#### **E. 4.6**

Die von Dr. K.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung weist keinerlei Bezug zu einer funktionserheblichen Befundlage auf. Es mangelt ihr insbesondere an einer nachvollziehbaren Begründung. Dies muss umso mehr gelten, als Dr. K.\_\_\_\_ keine relevanten Einschränkungen erhoben hat. Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. K.\_\_\_\_ erfüllt die vom Bundesgericht neu statuierten Anforderungen somit bereits in einem wesentlichen Punkt nicht. Es kann folglich nicht darauf abgestellt werden, ohne dass weiter zu untersuchen wäre, ob und inwieweit die gemäss der geänderten Rechtsprechung zu prüfen den Standardindikatoren abgehandelt wurden.

#### **E. 4.7**

Darüber hinaus ist zu bemerken, dass das fragliche Teilgutachten auf einer unzu reichenden psychiatrisch -psychotherapeutischen Aktenlage beruht. Dr. G.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 19. Juli 2012 fest, er habe den Versicherten im Februar 2012 an den Psychiater Dr. L.\_\_\_\_ überwiesen, worauf er von M.\_\_\_\_ betreut worden sei. Als vorläufige Diagnose sei eine generalisierte Angststörung genannt worden (Urk. 7/30/93). Am 15. März 2012 führte Dr. G.\_\_\_\_

zudem aus, der Versicherte habe sich vom 7. Dezember 2011 bis zum 27. Januar 2012 bei Frau M.\_\_\_\_ in psychotherapeutischer Behandlung befunden, dieselbe jedoch abgebrochen, da sie für ihn nicht stimmig gewesen sei (Urk. 7/30/109). Die Berichte der erwähnten Behandler wären

– nicht nur für den Gutachter Dr. K.\_\_\_\_ – von Interesse gewesen, zumal bereits im Bericht der Interdisziplinären Schmerzprechstunde des H.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2012 (Urk. 7/28/7-11) wegen entsprechender Hinweise eine Angsterkrankung thematisiert, ohne eine nachvollziehbare Begründung jedoch auf eine chronische Schmerzkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren geschlossen wurde (Urk. 7/28/10). Auch die im Rahmen des Arbeitsassessments und während des Aufenthalts in der I.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) wurde nicht rechtsprechungsgemäss begründet (vgl. Urk. 7/34 und 7/68/6-9). In einem weiteren Bericht vom 10. Dezember 2013 erwähnte Dr. G.\_\_\_\_ eine psychiatrische Behandlung bei Dr. N.\_\_\_\_, welche auch eine antidepressive Medikation mit Cipralext (20 mg) umfasste (Urk. 7/67). Ein Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ wurde – soweit aus den vorinstanzlichen Akten ersichtlich – ebenfalls nicht beigezogen und stand dementsprechend auch Dr. K.\_\_\_\_ nicht zur Verfügung,

ebenso wenig die im Auftrag der AXA Winterthur am 3. Juni 2013 von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, verfasste Stellungnahme mit der Diagnose einer

Anpassungsstörung, welche Dr. D.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten sinngemäss wieder gab (Urk. 3/5 S. 18). 5. 5.1

Es bleibt zu prüfen, ob sich der Rentenanspruch mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. August 2015 (Urk. 3/5) beurteilen lässt. 5.2

Zusätzlich zu den vorinstanzlichen Akten standen Dr. D.\_\_\_\_ ergänzend erhaltene Akten, darunter offenbar auch die Stellungnahme von Dr. O.\_\_\_\_, zur Verfügung (Urk. 3/5 S. 17 ff.). Die gutachterlichen Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ beruhen jedoch ebenfalls nicht auf einer vollständigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Aktenlage. Dementsprechend wurden keine Berichte der Behandler Dr. L.\_\_\_\_, M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ diskutiert, was

indessen zu erwarten gewesen wäre. Das Gutachten von Dr. D. \_\_\_ erfüllt unter diesen Umständen ebenfalls nicht sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a), so dass nicht darauf abgestellt werden kann. Den noch ist zu bemerken, dass Dr. D. \_\_\_ die Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) unter anderem mit wechselnden Symptomen und der vom Beschwerdeführer erwähnten umfangreichen Diagnostik begründete. Sie führte aus, der Beschwerdeführer habe berichtet, er habe bereits ab dem Alter von 22 oder 23 Jahren über viele Jahre massive Probleme mit einem Reizdarm gehabt, täglich häufige Stuhlgänge, den Vormittag mehr oder weniger auf der Toilette verbracht, Blähungen und Bauchschmerzen gehabt. Er habe sich dies durch die Unverträglichkeit von künstlichen Süsstoffen erklärt, die er nun meide, worauf auch der Durchfall besser geworden sei. In den Jahren seit dem Unfallereignis habe eine umfangreiche Diagnostik, auch in andere Richtungen, stattgefunden. Unter anderem seien wegen geklagter Schmerzen ein MRI der Lunge und ein Belastungs-EKG erstellt worden. Überdies hätten Jahre vor dem Unfallereignis wegen der Magen-Darmbeschwerden wiederholte Gastroskopien und Koloskopien sowie Stuhluntersuchungen stattgefunden (Urk. 3/5 S. 44 f.). Die anamnestischen Angaben sollten, soweit nicht bereits belegt, durch den Beizug entsprechender medizinischer Unterlagen verifiziert werden, bevor im Rahmen einer gutachterlichen Beurteilung darauf abgestellt werden kann. 6.

Aus dem Gesagten folgt, dass sich der massgebende medizinische Sachverhalt mit den vorhandenen Unterlagen nicht beurteilen lässt, vielmehr drängen sich zusätzliche medizinische Abklärungen, insbesondere die Einholung eines recht sprechungskonformen psychiatrischen Gutachtens nach dem Beizug der noch fehlenden medizinischen Unterlagen, auf. Da die erforderlichen Weiterungen einen zum Teil bisher gänzlich ungeklärten Sachverhalt betreffen, wird die Beschwerdegegnerin sie vorzunehmen haben (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Der angefochtene Entscheid ist somit aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung der notwendigen Abklärungen und zu neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (§ 26 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 mit Hinweisen). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Gemäss § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Dem Ausgang des Beschwerdeverfahrens entsprechend hat die Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, wobei unter Berücksichtigung der erwähnten Kriterien ein Betrag von Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und 8 % Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 10. August 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent-schädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWS) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Gerrit Neuber - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

## **E. 9**

Juni 2011 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch, da der Versicherte seit dem 1. Februar 2011 wieder voll arbeitsfähig sei ( Urk. 7/18 ). Diese Verfügung blieb unangefochten. Am 6. Januar 2012 wurde bei der Suva eine Rückfallmeldung eingereicht ( Urk. 7/30/128).

Wegen der Folgen des Autounfalles vom 28. April 2010 meldete sich der Versicherte am 27. Dezember 2012 erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an und erwähnte Nacken- und Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Sehprobleme, Schwindel und Übelkeit als Beschwerden (Urk. 7/20). Die IV-Stelle nahm diverse medizinische Unterlagen ( Urk. 7/24, 7/28, 7/34 und 7/39 ) und das aktualisierte Dossier der Suva ( Urk. 7/30, 7/32 und 7/33 ) zu ihren Akten.

Über dies holte sie Arbeitgeberauskünfte ein ( Urk. 7/31). Am 1. Juli 2013 gewährte sie dem Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Bewerbungs-Coachings durch die B.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2013 bis zum 14. Januar 2014 ( Urk. 7/42). Nach dem Eingang weiterer medizinischer

Unterlagen (Urk. 7/47

und 7/49) und der Erklärung des Versicherten, er habe teilzeitig ein neues Arbeitsverhältnis angetreten (Urk. 7/57/9),

teilte ihm die IV-Stelle mit Schreiben vom 19. August 2013 den Abschluss der Arbeitsvermittlung mit (Urk. 7/56). Die IV-Stelle zog die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/66) und weitere Arztberichte (Urk. 7/67-69) bei. Überdies gab sie ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (vgl. Urk. 7/73-84), das am 29. Januar 2015 vom C.\_\_\_\_, erstattet wurde (Urk. 7/89). Am 13.

März 2015 erliess die IV-Stelle einen negativen Vorbescheid (Urk. 7/91), gegen den der Versicherte Einwand erheben liess (Urk. 7/92 und 7/94). Mit Verfügung vom 10. August 2015 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch (Urk. 2 = 7/96). 2.

Gegen die Verfügung vom

#### **E. 10**

August 2015 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Gerrit Neuber, mit Eingabe vom

#### **E. 14**

September 2015 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Antrag, es sei ihm eine ganze Invalidenrente auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich Mehrwertsteuer zu lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss am 21. Oktober 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Davon wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 22. Oktober 2015 Kenntnis gegeben (Urk. 8).

Auf die Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Unterlagen (Urk. 3/3, 3/5 und 3/6) wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.